

Il cubo integrante della salute. Una ripresa della Primary Health Care per il rilancio dei Distretti di Comunità

Antonino Trimarchi, Paolo Da Col

SIZ ISLAM UNSPLAG

Questo articolo, secondo della serie, conclude le nostre riflessioni sui Distretti avviate con il primo, pubblicato su questa stessa rivista¹. Riassume molti dei concetti illustrati nei due recenti Congressi (Perugia, Milano) a cui abbiamo accennato nella nostra precedente nota. Qui intendiamo approfondire alcune nostre convinzioni sul valore della presenza dei Distretti per una nuova assistenza territoriale e delle cure primarie e di come essi possano essere motori efficaci dell'integrazione e protagonisti nella Primary Health Care.

Infatti, l'integrazione e la Primary Health Care costituiscono gli argomenti di questa nota.

¹ P. Da Col, A. Trimarchi. Assistenza territoriale e cure primarie in Italia. il tempo dei Distretti. La salute umana

Il Distretto motore di integrazione - Il Cubo della Salute

La complessità di uno scenario vasto e complesso come quello dell'assistenza sanitaria territoriale, ben prospettato dal DM 77², richiama l'esigenza che in esso siano adeguatamente strutturati ed agiti forti elementi di coordinamento tra le tante parti, ci sia una regia unitaria dei tanti attori, servizi, strutture. In questa prospettiva diventa inevitabile introdurre il tema dell'integrazione e dei sistemi integrati (meglio, integranti, come vedremo in seguito) di cure ed assistenza. Accanto a questa complessità struttu-

² DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)

rale, organizzativa, gestionale ed assistenziale esistono i bisogni complessi di milioni di persone, ovvero di natura sanitaria e sociale, per i quali lo strumento dell'integrazione sociosanitaria rappresenta l'unico approccio corretto. Parlare di integrazione ci riporta subito a capire la declinazione metodologica della presa in carico unitaria, globale, coordinata, duratura nel tempo. È noto che i problemi complessi rendono inevitabili soluzioni altrettanto complesse. Per "complessi", ripetiamo, intendiamo quelli caratterizzati dalla contemporanea presenza di bisogni sanitari (in genere molteplici, si pensi alle comorbidi-tà) e sociali (in tutte gli aspetti di una difficile vita quotidiana), oltre ai possibili difetti (politici e tecnici) influenzan-



Figura 1- il “Cubo della Salute” nel Distretto. I sei elementi degli stili di vita sana, di diverso colore, rappresentano le tessere del cubo. Muovendoli occorre allineare i colori, ovvero rendere il sistema coerente nel suo insieme.

ti i determinanti sociali della salute, in primis casa, lavoro, reddito, socialità, che fortemente incidono sulla vita delle persone. Di tutto questo il Distretto è il primo agente di soluzioni.

Per rendere visibile il processo di integrazione negli approcci unitari alla salute, CARD (A.T.) ha messo a punto un “gioco metodologico” (presentato più volte a Congressi ed anche nel Convegno di Milano). In esso, in una sorta di metafora ed usando come facce del cubo le principali “Area di attività” di un Distretto e dell’assistenza territoriale (Prevenzione, Cure Primarie, ed altre,) si rende concreta l’interdipendenza reciproca tra le parti del sistema nel raggiungere un punto di equilibrio, in cui le parti convivono tra loro in modo armonico: è il cubo integrante della salute. Questa nasce dal Cubo di Rubick (figure 1 e 2): il gioco consiste nel far sì che muovendo ogni faccia del cubo (in totale sono 6, ciascuna con 9 quadratini) si vada alla fine a comporre una faccia (nel caso, un tema assistenziale) con nove

quadratini dello stesso colore. Per questo, serve spostare le facce osservando continuamente il cubo intero, seguendo come si avvicinano o allontanano i colori uguali, obbligatoriamente costretti ad una visione di insieme e sistemica per raggrupparli in parti omogenee.

Qui, in metafora, si immagina quindi che ogni singola “faccia” del cubo rappresenti un servizio sanitario (diverse unità complesse specifiche per singole attività - UOC), oppure un professionista (es. MMG, specialista, PLS, infermiere, ecc.) oppure un problema di salute, che tra loro si intersecano con gli spostamenti delle facce e si collegano con tutte le parti del cubo.

Nel cubo della salute ciascun tema/titolo/problema corrisponde ad un colore e rappresenta una variabile: giocando si usa la complessità come risorsa e non come complicazione. Alla fine del gioco, bisogna ottenere ciascuna delle sei facce con i colori uguali, che quindi portano ad un insieme (di organizzazione, di relazioni tra i professionisti, i citta-

dini, tra i problemi di salute) armonico. Ciascun componente dello scenario è ineludibilmente preso in considerazione e rapportato agli altri, per un risultato finale che premia l’insieme, non il particolare. Ciascuna “faccia” si relaziona, interagisce e si armonizza con le altre messe in gioco, che nel cubo si rivelano sinergiche: ad esempio (figura 1), la sobrietà del bere si collega e si armonizza con l’astensione dal fumo, con la pratica di un’attività fisica, con una corretta alimentazione, con il coltivare l’affettività, studiare. Quando i colori delle facce del cubo sono omogenei, si è realizzato proprio quello che tutti richiediamo: un intervento di salute globale ed integrante, coerente, coordinato, equilibrato, unitario.

Nella figura successiva (figura 2) i quadratini rappresentano sei Aree di attività fondamentali della Primary Health Care (PHC): prevenzione-promozione della salute, nascita e famiglia, cure primarie, cure riabilitative e intermedie, salute mentale, salute di comunità e welfare



Figura 2 - Il Cubo integrante della Salute per la PHC: “vedere” e “fare” la nuova assistenza territoriale. Le diverse Aree di intervento, ciascuna di colore diverso, dovranno andare a combinarsi nel cubo e divenire un insieme coerente ed omogeneo.

generativo.

Qui si tratta quindi di riconoscere il valore delle diverse competenze in gioco ed utilizzarle sinergicamente collaborando ad un unico obiettivo: la salute del Cittadino e del suo ecosistema (espresso dal raggiungimento delle aree colorate omogenee).

Nel “Cubo della Salute distrettuale, area sistema ad alta integrazione” lo spostamento di un’area induce cambiamenti nelle altre e, se scoordinato, può portare “scompiglio di colori”, mentre l’obiettivo finale è proprio quello di ricomporli. I confini sono intesi quali spazi di relazioni operative tra le strutture complesse produttive presenti, eventualmente coordinate nei vari Dipartimenti funzionali o strutturali previsti. Le aree non sono più concepite come delimitanti, come se le Unità Operative fossero delle entità separate, separabili, bensì abilitanti alle

interazioni. Nel Cubo della salute infatti i confini sono dinamici, abitabili, ampliabili, trasformabili. Le Aree di intervento, tematiche principali della PHC, possono ora muoversi (agire), cercando di aggregare le parti omogenee della singola area, ma contemporaneamente rispettando la necessità di rispettare i colori delle altre. Tutto questo sistema di coordinamento ed integrazione (verticale ed orizzontale), fuor di metafora, può essere efficacemente gestito dal Distretto integrante che genera sinergie economiche sostenibili.

Rapportandole al “cubo”, le azioni di prevenzione e promozione della salute incluse nel Dipartimento di Prevenzione, di Salute Mentale o delle Dipendenze (apparentemente separate dal Distretto) saranno finalmente trans-dipartimentali, trasversali a tutti gli altri. Né va dimenticato che questi Dipartimenti sono co-

stituiti in base a norme specifiche, che però poco o nulla possono sul fronte del cambiamento integrante.

Le altre quattro aree, che costituiscono lo scenario completo del cubo, appartengono tipicamente al Distretto: nascita e famiglia, con il focus sulla salute della Donna e del Bambino; le cure primarie, con il baricentro sulla domiciliarità; la riabilitazione, con le sue preziose specificità svolte nei diversi tipi di cure intermedie; la salute di comunità, con il welfare generativo, base di ogni possibile equità della salute. Tutte insieme queste sei Aree possono ben rappresentare globalmente il sistema dell’Assistenza Territoriale organizzato in modo innovativo secondo i criteri della PHC, in cui si rispetta il valore del coordinamento integrante. Tutte insieme co-esistono e co-agiscono senza barriere, con i loro confini ora ricompresi quali mem-

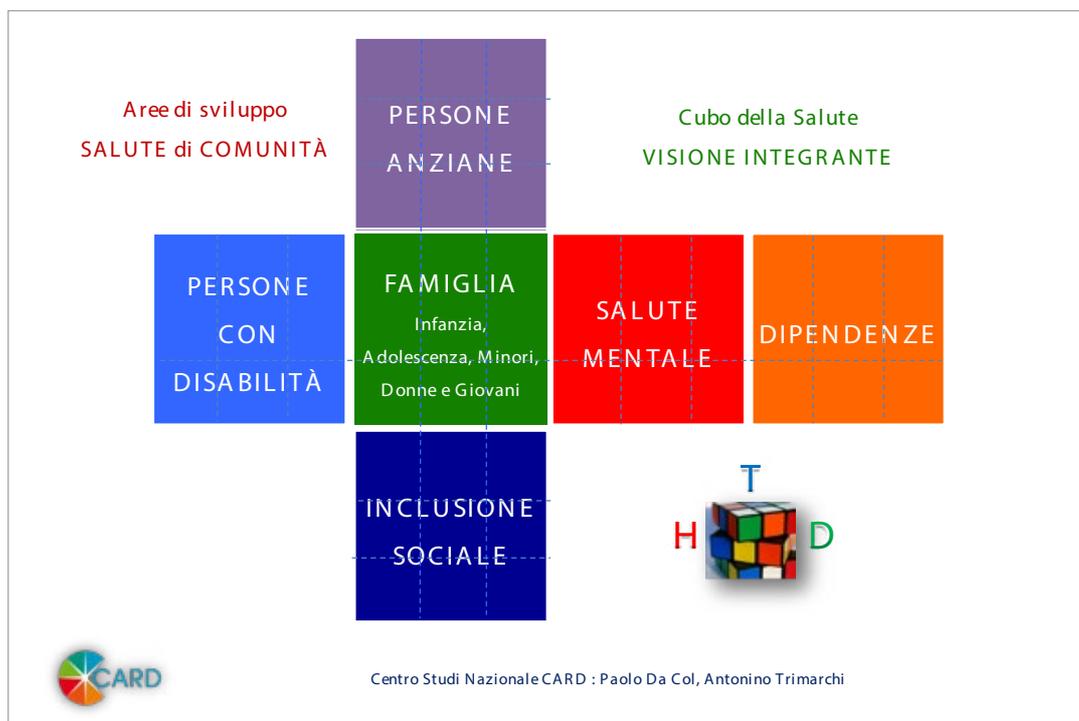


Figura 3 - il cubo integrante della salute, ovvero come “vedere” e “fare” la nuova assistenza territoriale. Le diverse Aree di intervento sui target specifici di cura per le persone, ciascuna di colore diverso, andranno a combinarsi nel cubo e divenire un insieme coerente, armonico ed omogeneo.

brane vitali.

Le strutture complesse operanti nelle diverse aree si muovono quindi con interrelazioni reciproche per “combinarsi” (come nel cubo) verso la soluzione giusta dove tutti vincono, ovvero quando “tutti i colori sono a posto”. Sistemare una sola faccia del cubo (magari quella che si riferisce alla propria attività, ad esempio alla cure primarie) non porta all’unità del sistema; occorre invece che tutte (quindi tutto gli operatori) si muovano insieme, con posizionamenti mai “individualistici ma altruisti”: la complessità non è riducibile; osservare il processo degli interfacciamenti fa comprendere le interazioni che portano verso la soluzione o ci allontanano da essa. Apprendere come risolvere i propri problemi muovendosi nella sequenza che

non complichino, anzi facilitino la risoluzione dei problemi attivi anche nelle altre aree è entusiasmante e convincente. Riconoscere la diversità, ma anche la reciprocità, non solo riduce le controreazioni sfavorevoli, ma amplifica, a risorse limitate, le sinergie utili a portare il sistema nella massima unità e coerenza (il cubo ricomposto correttamente).

Lo stesso approccio integrante del Cubo della salute possiamo immaginarlo applicato ad altre tipologie delle facce, come rappresentato dalla figura 3. In questo caso, le facce del cubo si riferiscono all’organizzazione di un “Distretto delle persone”, come proposto nella precedente nota: un’Area tratta la cura delle persone anziane, un’altra quelle con disabilità, ovvero con peculiari stili di vita o con dipendenze, sedentarietà,

disturbi dell’alimentazione, disturbi del pensiero o della personalità (nevrosi, depressione, schizofrenia...), ed anche il target delle famiglie problematiche. Anche in questo caso vale l’assunto per cui ogni “faccia” interdipende dall’altra e per “risolvere” il cubo dobbiamo agire su tutte le sue componenti, riconoscendone un ordine complesso, ecologico, per arrivare ad un cubo equilibrato e “giusto”. Se vogliamo “sistamarne” una sola, mai arriveremo alla soluzione finale ottimale, in quanto le altre “scombinare”, retroagendo per la loro coerenza interna (silos), provocheranno interagendo, disagio a tutti. A questo punto potremmo dire “nessuno si salva da solo”. Tutti insieme invece sì; altrimenti non solo qualcuno resterà fuori, ma molti e sempre più non troveranno posto.



Figura 4 - le riforme delle cure primarie per ottenere sistemi di salute indirizzati alla salute per tutti (fonte: la figura 1 del volume “Primary Health Care. Now more than ever” della WHO).

La salute è innanzitutto nelle nostre mani di Cittadini; di Operatori della Salute; e necessariamente dei decisori Politici. Sta a tutti noi far emergere come queste presenze, queste facce, questi volti, ci interrogano e ci chiedono di operare per una giusta piena inclusione sociale.

Nella prossima seconda parte cercheremo brevemente di mettere a fuoco alcuni temi delle cure primarie e della PHC, di cui molto si è parlato qui e nella nota precedente.

Il Distretto e le Cure Primarie: binomio inscindibile

Si è visto che molte delle questioni principali relative ai Distretti attengono alle Cure Primarie, argomento ben trattato in un recente numero di Salute Umana³. Per esigenze di chiarezza ed anche di sintesi, riportiamo di due schemi della pubblicazione della WHO “Primary

³ La Salute Umana – n. 288, ottobre-dicembre 2022

Health Care. Now more than ever”⁴, che ci sembrano pertinenti con i nostri ragionamenti.

Brevemente, nel primo (figura 4) sono rappresentate le riforme che vanno realizzate per ottenere sistemi sanitari indirizzati ad una salute per tutti, obiettivo della PHC: la prima, per un universalismo che produca equità; la seconda, per porre al centro dei sistemi di salute le persone; la terza, per valorizzare le leadership e rendere le Istituzioni più affidabili; la quarta, per adottare politiche pubbliche per promuovere e proteggere la salute delle comunità.

Nella prossima figura (figura 5) la WHO sintetizza le tre attuali tendenze principali che attualmente condizionano i sistemi sanitari: l’ospedalocentrismo, la commercializzazione (il potere dei “mercati”), la frammentazione. Le riforme della PHC possono porre rime-

⁴ The world health report 2008 : primary health care now more than ever.- WHO 2008

dio, con l’obiettivo di migliorare l’equità della salute, conservare l’universalismo di accesso ad un sistema di cure centrato sulle persone, creare salute nelle comunità.

Occorre ora capire e decidere chi potrà concretamente realizzare queste riforme. A nostro avviso, l’attore protagonista deve essere il Distretto.

Ma questo richiede nuove infrastrutture delle cure primarie, ed ecco benvenuto quanto porterà il DM 77 ed il PNRR. Serve un forte governo di natura pubblica, nell’ambito di una sanità pubblica in cui il Distretto è il motore dell’integrazione (e risolve la frammentazione); è già oggi istituzione pubblica (che difficilmente potrà essere privatizzata), lontana da tentazioni commerciali; quando ben dotato e realizzato si presenta come concreta possibile alternativa alle cure ospedaliere (rispettando quanto indica la PHC).

Potremmo dire quindi che la riforma della PHC proposta dall’OMS/WHO coincide, a nostro avviso, con la riforma del distretto, che si presenta oggi come

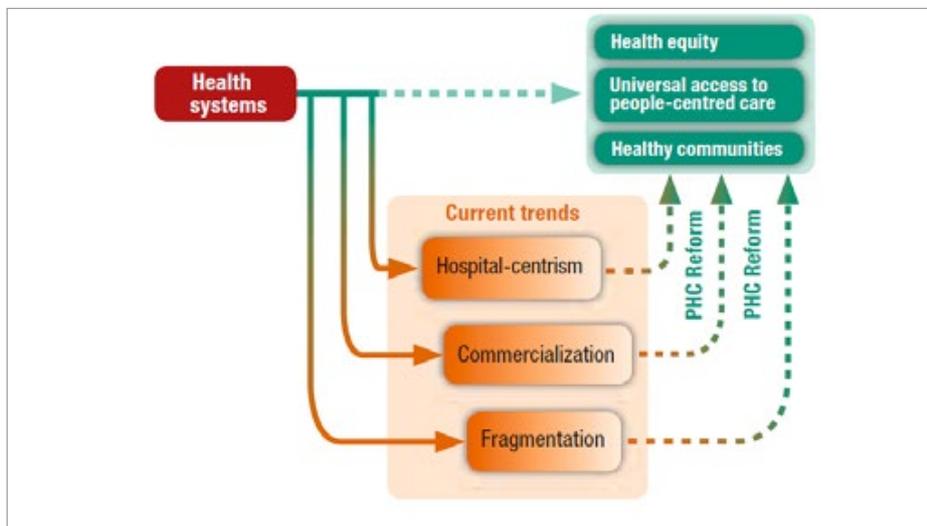


Figura 5 - come i sistemi sanitari si allontanano dai valori cardine della PHC le riforme possono porre rimedio (fonte: figura 1.10 del volume “Primary Health Care. Now more than ever” della WHO).

la struttura della ASL che meglio può essere lontana dalle ben note pressioni del potere economico, come ben evidenziato nel libro in un box sottostante la figura sopra; vi si legge: “Medical equipment and pharmaceutical industries are major economic forces”. La Primary Health Care bene si presta a ridurre le probabilità di scelte e decisioni fortemente sollecitate da questi forti poteri economici (forse un po’ brutalmente si potrebbe dire che la PHC “costa poco e spende poco”).

Come esempio di una riforma in corso nell’assistenza territoriale, e dei Distretti, riprendiamo qui quanto proposto nel Convegno di Perugia. Con un approccio simile all’analisi di un “case study”, abbiamo analizzato alcuni aspetti del Piano Sanitario Regione Umbria 2022-2026.⁵ Lungi da ogni volontà critica, lo ana-

⁵(<https://www.regione.umbria.it/documents/18/25430096/PSR+2022-2026.pdf/61c-b6a3e-0898-43d5-96d4-3efb72581911>)

lizziamo rispetto ad una questione oggi molto dibattuta ed attuale: l’accorpamento dei Distretti, in genere parallelo all’unificazione delle Aziende Sanitarie. La tendenza generale degli ultimi anni nelle Regioni italiane infatti è stato ridurre il numero delle ASL (accorpandole) e queste hanno in genere diminuito il numero dei Distretti (idem: fondendoli in unità più grandi), quindi ingrandendoli nelle dimensioni territoriali e di popolazione, nel numero di operatori dipendenti o convenzionati. Parallelamente, molto spesso si sono create al posto dei Distretti o accanto a loro dei Dipartimenti “territoriali” con denominazioni di attività specifiche, frammentando il sistema. Il numero dei distretti in Italia è così sceso da circa 700 a circa 500, con una tendenza media a superare i 100.000 abitanti ciascuno.

In linea con questo trend, il Piano 2022-2026 della Regione Umbria prevede il passaggio da 12 a 4 Distretti. Nel testo

del Piano viene sottolineato che questo cambiamento è stato stabilito dopo aver tenuto conto di molti fattori. Noi ci chiediamo se e come siano state valutate queste ricomposizioni rispetto alle diversità dei Comuni e delle Comunità, che vengono a trovarsi riunite in questi organismi più grandi. Ad esempio, non è spiegato se i due Distretti che contengono i grandi centri urbani (Perugia, Terni) saranno organizzati e gestiti in modo diverso rispetto agli altri due con contesti locali e Comunità ben diverse, se ci saranno modalità diverse di organizzare le risposte e come renderle tra loro omogenee, in queste diversità. Ancora, si legge che un Distretto avrà 263 MMG e ciascuno degli altri tre circa 150. E’ ragionevole domandarsi quale potrà essere l’azione migliorativa di gestione della medicina generale in queste vaste dimensioni. E’ esperienza diffusa che “governare” un numero di MMG superiore a 70-80 comporta notevoli

problemi di regia, posto che diventano più difficili le relazioni che facilitano la costruzione di climi di lavoro favorevoli al lavoro in team ed al dialogo costruttivo, all'instaurazione di un clima di fiducia e rispetto reciproco tra professionisti e dirigenti aziendali. Ne derivano alcune semplici domande: rispetto ai 12 Distretti originari, i quattro con così tanti MMG potranno migliorare il loro coordinamento, o anche le capacità di (auto)governo, da tutti auspiccate? Il loro inserimento partecipato e condiviso nei Distretti e nelle ASL? Ne guadagneranno le cure in rete? Ancora, in quale delle due prospettive (12 o 4 Distretti) le Comunità dei territori si riconoscono più protette e meglio servite rispetto alla conoscenza dei bisogni, andando ad una vera prossimità (che significa empatia, non solo vicinanza fisica)? Esistono presupposti o evidenze per cui è lecito ipotizzare che potranno migliorare le cure primarie, la continuità di cura e dell'assistenza, la proattività.....?

In generale:

- Non sembrano esistere modelli organizzativo-dimensionali che assicurino a priori migliori risultati; vale molto di più il giudizio ex post: il cambiamento ha funzionato? il «grande» non funziona sempre meglio del «piccolo», anzi.
- Tanto più grandi sono le ASL, tanto più forti e territorialmente dovrebbero essere i Distretti per raggiungere l'obiettivo di una sanità territoriale che raggiunge ogni territorio, con vera prossimità.
- Tanto più grandi sono i Distretti, tanto più articolata deve essere la loro strutturazione interna (e quindi le SC, SS, SSD...), per disporre in ogni punto del territorio (la c.d. «periferia», che deve invece divenire

«centro» del cambiamento) di appropriati livelli di autonomia e crescente responsabilità operativa degli operatori (lontani dai centri di comando e quindi potenzialmente esposti al senso di abbandono).

- Se la parola d'ordine oggi è PROSSIMITÀ, ma si accorpa o centralizza, dobbiamo essere consapevoli che occorre «periferizzare» e agire capillarmente con i Distretti, per conservare equità di accesso alle cure e ai servizi, con capacità di presa in carico di moltitudini di persone (per lo più soggetti deboli) mediante la produzione (anche parzialmente esterna/esternalizzata, come appropriato) di risultati di valore ubiquitari, gestiti da corte catene di comando pubblico.
- Tanto più vasti e popolati sono i Distretti, tanto più occorre ragionare ed intervenire per «microaree», ovvero individuare micro-territori (1.000-2.000 abitanti al massimo) con caratteristiche di alto bisogno sanitario e sociale, deprivazione, esclusione, per portarvi reale guadagni di salute (riduzione delle disuguaglianze).

Un breve cenno di approfondimento sulle «Microaree»⁶: queste possono essere definite sinteticamente aree ad alta densità di persone vulnerabili, con problemi complessi in cui si incontrano tra loro vari attori formali (ASL, Comune, Edilizia Popolare) e informali (volontariato, terzo settore) con lo scopo di realizzare interventi di salute globali, locali, plurali. Nella Microarea si verifica la convergenza dell'Istituzione Sanitaria e Sociale, che si rendono immediatamente riconoscibili e riconosciute, si valo-

⁶ Il «Progetto Microaree» nei distretti di Trieste. Azioni innovative per una salute globale in una rivisitazione operativa delle cure primarie. M.G. Cogliati Dezza, Paolo Da Col et al. - Sistema Salute, 56, 3, 2012: pp. 374-387

rizza e stimola la capacità generativa delle reti e risorse locali, per costruire salute globale per tutti, aumento del capitale sociale, interventi coordinati su tutti i determinanti sociali della salute, con il primario obiettivo dell'inclusione sociale (ovvero, il contrasto all'esclusione sociale) e la riduzione delle disuguaglianze di salute (health equity). Sulla scorta dell'esempio della riforma umbra, si propongono di seguito alcune prospettive per valutare sia in sede di programmazione che di esecuzione i cambiamenti («riforme») degli assetti organizzativi dei Distretti:

- I LEA distrettuali saranno soddisfatti meglio? Saranno garantite tutte le prestazioni LEA incluse nelle 8 tipologie? (es. assistenza di base e specialistica, assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale e così via). Qui giova ricordare che è arduo pensare che possano esistere LEA indicati come distrettuali senza che esistano i distretti.
- I mandati del DM 77 e del PNRR saranno (sono) meglio corrisposti? Ovvero, le Case della Comunità (hub o spoke), gli Ospedali di Comunità, le COT, gli infermieri di famiglia e di Comunità, ed altro troveranno un giusto livello di governance, tale per cui le loro azioni saranno coerenti e coordinate, congiunte con quelle sociali? Saranno ridotti o evitati sprechi o inefficienze?
- La continuità di cure come verrà assicurata sia nello short che nel long term? Ad esempio, nelle malattie croniche - e prendiamo come esempio paradigmatico il diabete - sarà meglio garantita la continuità e globalità dei percorsi e delle prestazioni appropriate? (per esempio, riuscendo ad eseguire un F.O. a tutti (100%

- dei pazienti) a cadenza «giusta», come da linee guida?).
- Le persone non autosufficienti o disabili saranno meglio protette? Nella non autosufficienza (e disabilità) ci sarà realmente la presa in carico dei soggetti con i familiari? Si agirà meglio secondo la logica del care multidimensionale? (si rimanda alla proposta di Riforma prevista nel PNRR elaborata del “PATTO per la non autosufficienza - www.pattononautosufficienza.it quale eccellente esempio di documento programmatico di larga partecipazione e condivisione verso un vero cambiamento di reale progresso).
 - La salute mentale sarà inclusa meglio nell’insieme dei servizi? Poiché non c’è salute senza salute mentale, come i Distretti riusciranno a coordinarsi con i servizi di salute mentale del territorio? (ad es. per contribuire al riconoscimento dell’esordio precoce di condizioni di psicosi; al corretto follow-up delle malattie cardiovascolari e metaboliche nelle persone con disturbo mentale, spesso sacrificato in questa fascia di pazienti; all’approccio universalistico pubblico delle patologie comuni (ansia, depressione)).
 - Le cure domiciliari potranno brillare così di più e si porteranno al primo posto tra i setting di cura diffusi in ogni punto del territorio distrettuale? Queste saranno INTEGRANTI, non solo “integrate”? E quindi in grado di produrre unione di forze e di risorse, energie positive, anche negli stessi pazienti e familiari (empowerment, self care)? Come riusciranno a porre in giusto equilibrio le cure formali (ADI di ASL+SAD dei Comuni) e le cure informali (care gi-
ver+badanti, + rete territoriale)?
 - Aumenterà il grado di partecipazione alla valutazione degli esiti delle cure da parte delle rappresentanze della cittadinanza attiva?
 - Le maggiori dimensioni del Distretto saranno elementi di facilitazione o freno alle interrelazioni positive, agli incontri, all’unione tra la “gente” e le Istituzioni?
- Sanità e sociale nel distretto si fondono per una salute e cura globale**
- Uno dei punti di debolezza del sistema territoriale attuale è la persistente, irrisolta questione del rapporto tra sanità e sociale. Ovvero, tra servizi della ASL, nel caso quelli territoriali, e quelli dei Comuni, nella parte socioassistenziale, ma non solo. Occorre innanzitutto riequilibrare i rapporti di forza e di risorse, oggi troppo sbilanciati a sfavore dei secondi. I servizi sociali dei Comuni/Ambiti, per mandato, non hanno natura universalistica ed hanno quote procapite notevolmente inferiori (10 volte, e più) rispetto a quelle sanitarie (ca. 2.000 €/p.c.). È tempo di superare la fase della ricerca della “integrazione sociosanitaria” per approdare a sistemi unici di salute, più integranti che integrati, soprattutto quando si tratta di assistenza e cure domiciliari.
- La Sanità potrebbe essere considerata per questo un sottosistema del sociale, in cui fattori di successo possono essere:
- armonizzare a livello locale le competenze regionali con quelle comunali
 - sostenere la rappresentatività e la responsabilizzazione dei Comuni, riconoscendo il loro valore di rappresentanza delle Comunità, del “SOCIALE”, dei determinanti sociali della salute, di partecipazione alla programmazione e valutazione degli esiti degli interventi sanitari e sociosanitari
 - essere integranti nella risposta ai bisogni di salute e di protezione sociale dei cittadini
 - perseguire una politica Nazionale e Regionale di sostegno alla realizzazione di nuove modalità di PROTAGONISMO dei Comuni per la salute comune (riduzione delle disuguaglianze)
 - restituire ad ogni Comune il ruolo di Soggetto promotore dei Soggetti sociali che qualificano il Territorio, ovvero riconoscere il valore della parte attiva della cittadinanza
 - sostenere la partecipazione di tutte le associazioni presenti nell’ambito di competenza
 - garantire l’accesso ai dati degli indicatori dello stato di salute della popolazione agli operatori Sociali, educandoli alla loro comprensione, anche per condividere e socializzare le scelte di priorità, i cronoprogrammi esecutivi e lo stato di avanzamento (PAT, PDZ; ecc.)
 - reingegnerizzare il sistema sociosanitario a livello locale valutando il passaggio, ad esempio, dalla delega ad accordi di programma o a fusioni di pezzi di sistema, innanzitutto dei servizi domiciliari, portandoli ad avere sedi uniche, regie uniche, budget unitari di servizio, utilizzo condiviso dei budget di salute individuali.
- Conclusioni**
- Concludiamo con le osservazioni finali proposte a Perugia e a Milano: con il DM 77 si è ripreso un cammino difficile; molta strada resta ancora da percorrere per mettere a disposizione di tutti un’as-

sistenza territoriale valida, efficace, di alta qualità, molto più integrante che integrata. *La fatica lungo il percorso sarà più lieve se acquisiremo e diffonderemo la gioia di lavorare insieme*, al servizio di questo grande obiettivo.

Certamente il Distretto potrà dare un grande contributo anche su questo aspetto. Per favorire il cambiamento, proviamo a pensare al Distretto in modo nuovo, ad esempio come ad un'orchestra in cui molti protagonisti suonano, con passione e gioia, strumenti diversi ma su un'unica partitura, con il comune scopo di fare buona musica insieme, che ben sarà percepita da chi la riceve. E di buona musica, Buona Salute, abbiamo oggi tutti grande bisogno.

*Antonino Trimarchi, Paolo Da Col
Centro Studi CARD - Confederazione
Associazioni Regionali di Distretto*